N° 144.

ESSAI

SUR LE DIAGNOSTIC

DES

PRINCIPALES TUMEURS DE L'AINE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 3 août 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR L.-J.-A. PONSIN, de La Flotte, île de Ré,

Département de la Charente-Inférieure;

Bachelier ès-sciences; Officier de santé reçu au Jury médical de Paris.

On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur pour acquérir de la gloire, ou par un motif d'intérêt; mais celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs. LA BRUYÈRE.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD, Examinateur.
Chimie médicale	ORFILA, Examinateur.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX, Suppléant.
Hygiène	DES GENETTES, Examinateur.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / JULES CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS, Président.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. / BOUILLAUD. / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Gerdy.
Bayle.	Gibert.
Blandin.	Hatin, Suppléant.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Devergie.	Sandras, Examinateur.
Dubled, Examinateur.	Trousseau.
Dubois.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

Témoignage d'amour filial.

A MON FRÈRE.

Souvenir d'une amitié constante.

L.-J.-A. PONSIN.

A MONSIEUR

POUTIER,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Médecin des hospices civils de Saint-Martin, île de Ré.

L'intérêt bienveillant que vous m'avez porté, les soins que vous avez pris de diriger mes pas dans une science dont l'étude présente de si grandes difficultés, sont les titres sous les auspices desquels je vous offre mes premiers travaux en médecine. Loin de vouloir, par ce faible essai, m'acquitter envers vous, je vous prie de le regarder moins comme un hommage de reconnaissance que comme une prière de me continuer toutes vos bontés.

L.-J.-A. PONSIN.

ESSAI

SUR LE DIAGNOSTIC

DES

PRINCIPALES TUMEURS DE L'AINE.

En écrivant sur le diagnostic des principales tumeurs de l'aine, j'ai eu pour but d'accomplir un dernier acte exigé par la Faculté de médecine, et de démontrer en même temps que l'on rencontre des difficultés très-grandes et quelquefois même insurmontables quand il s'agit d'asseoir son diagnostic sur les principales tumeurs qui apparaissent dans l'espace inguinal.

Des circonstances pressantes, des besoins impérieux m'obligent à traiter d'une manière succincte ce sujet, et m'empêchent de lui donner toute l'étendue et tout le soin que je sens bien qu'il eût demandés; mais il me serait impossible d'y satisfaire, et l'épigraphe que j'ai adoptée est une égide derrière laquelle je me retire. J'ose espérer, toutefois, que mes juges ne trouveront pas mon travail indigne de leur indulgence, et qu'ils seront assez bienveillans pour la lui accorder.

Les tumeurs qui peuvent apparaître dans l'aine sont nombreuses et variées; l'abondance du tissu cellulaire, la profondeur à laquelle elles peuvent se montrer, rendent souvent leur diagnostic difficile et

embarrassant; aussi, pour en faciliter l'étude, les diviserai-je en trois groupes : le premier comprendra *les abcès, les bubons, les varices, les anévrysmes, les tumeurs enkystées, et les hydrocèles du cordon testiculaire.* Le second groupe sera formé des organes ou membres sortis, ou tendant à sortir de leurs cavités naturelles : *des hernies de tout genre, de la luxation en haut et en dedans du fémur.* Le troisième groupe enfin renfermera les tumeurs qui sont formées par un organe s'efforçant de descendre dans la cavité qui lui est propre : *les testicules engagés dans l'anneau inguinal.*

Je vais parcourir cette longue série de maladies en énumérant les symptômes pathognomoniques de chacune d'elles. De cette énumération naîtront nécessairement les signes qui les feront distinguer entre elles, et par cela même s'établira leur parallèle.

CHAPITRE PREMIER.

Abcès, bubons, varices, anévrysmes, tumeurs enkystées, hydrocèles du cordon testiculaire.

§ I^er^. *Abcès.*

M. le professeur *Roux* désigne sous ce nom un amas de pus dans une cavité contre nature. Les abcès ont été divisés en *abcès idiopathiques* et en *abcès symptomatiques.* Dans les premiers, le pus est élaboré, sécrété dans le lieu même de la collection. Dans les seconds, le pus est formé plus ou moins loin du lieu de l'amas purulent, et ils sont le symptôme constant d'affection presque toujours mortelle, d'une carie d'os ou d'une autre lésion organique aussi grave. Ces deux espèces d'abcès peuvent se présenter dans l'espace inguinal, et nous allons en développer les symptômes caractéristiques.

Abcès idiopathiques. Ces abcès ont été classés, suivant le degré d'in-

flammation suppurative qui leur donne naissance, en *abcès aigus* ou *chauds*, et en *abcès froids* ou *chroniques*.

Le diagnostic des abcès chauds idiopatiques est plus ou moins facile, selon qu'ils sont superficiellement ou profondément situés ; dans le premier cas, ce sont les symptômes du phlegmon : ainsi le médecin observe de la douleur, de la chaleur, de la tuméfaction et de la rougeur à l'endroit malade ; bientôt la tumeur augmente de volume, la douleur change de caractère ; de tensive et de pulsative qu'elle était, elle devient gravative ; le malade ressent ensuite des frissons irréguliers, la tumeur s'amollit, l'épiderme se soulève, il y a empâtement, puis son centre devient souple, mou, il blanchit, s'élève en pointe, et la fluctuation est manifeste. L'abcès est alors formé, et l'art ou la nature vient donner issue au pus qu'il contient, qui, dans cette circonstance, est de couleur blanche, ou légèrement verdâtre ou jaunâtre, inodore, épais, consistant, doux, onctueux au toucher, et douceâtre au goût. « Les traits de cette maladie sont si prononcés, dit M. le pro-« fesseur *Roux*, qu'il n'est guère possible de la méconnaître ou de la prendre pour une autre affection. »

Les abcès idiopathiques chauds profonds font peu de saillie au-dessus de la surface des tégumens, dont ils peuvent être séparés par une couche épaisse et dense de tissu cellulaire, ou par une aponévrose plus ou moins forte et extensible, ainsi que M. le professeur *Richerand* en rapporte un exemple dans sa Nosographie chirurgicale. Les symptômes sont une douleur profonde, sourde, qui augmente par le moindre mouvement du membre ; un gonflement et un empâtement étendus et non limités des parties molles extérieures ; on n'observe point ou très-peu de rougeur à la peau ; la fluctuation est obscure, difficile à saisir. Le médecin est obligé, pour la reconnaître, d'employer une assez grande force, et de faire varier la position du malade. Cependant, avec de l'attention et de l'habitude, il établit sûrement son diagnostic. Le gonflement œdémateux des parties environnantes, et surtout la fluctuation, quelque légère, quelque imparfaite qu'elle soit, sont les symptômes caractéristiques de ces abcès,

dont les qualités du pus sont semblables à celles du pus des autres abcès idiopathiques aigus.

Abcès froids idiopathiques. Ils ont le plus souvent leur siége dans le tissu cellulaire; cependant quelquefois il est dans les ganglions lymphatiques. Ces abcès s'offrent sous l'aspect d'une tumeur sous-cutanée ou presque sous-cutanée, indolente, sans changement de couleur à la peau, molle, fluctuante; le pus qu'elle renferme est séreux, peu épais, contenant de petits flocons albumineux; il ressemble beaucoup à du petit-lait dans lequel nagent quelques portions de caséum. Le diagnostic de ces abcès, assurent MM. les professeurs *Richerand* et *Roux*, est difficile à établir. Si la tumeur était la conséquence d'un vice général de l'économie, ou d'une lésion locale préexistante, et dont les caractères fussent bien tranchés, le médecin éprouverait moins de difficultés à reconnaître la nature de la tumeur. Il devra donc se tenir sur ses gardes, et redoubler d'attention pour asseoir son diagnostic. Il est facile, disent les mêmes professeurs, de confondre l'abcès froid idiopathique avec l'abcès par congestion, et avec les tumeurs enkystées à parois minces, et contenant un liquide peu dense. Cette difficulté, cette erreur du diagnostic, sont d'autant plus malheureuses et préjudiciables que les indications curatives sont tout à fait opposées, et que de cette incertitude, de cette méprise, il peut résulter pour le malade les dangers les plus graves.

Abcès symptomatiques. Ils sont toujours la suite ou le symptôme d'une lésion organique quelconque. Ceux qui se montrent vers quelques-uns des points du bassin sont constamment dus à une carie des vertèbres ou des os du bassin. Nous ne nous occuperons ici que des abcès par congestion qui ont leur siége dans l'aine.

Abcès par congestion. De toutes les maladies qui portent le nom d'*abcès*, la plus dangereuse est certainement celle dont nous allons tracer l'histoire. L'art est presque toujours impuissant, et la nature

souvent trop faible pour guérir ou au moins arrêter pour quelque temps la marche d'un abcès par congestion.

J'ai recueilli une observation, dans laquelle se trouvent réunis les symptômes caractéristiques de cette affection mortelle. Un jeune homme, âgé de trente-un ans, fort, vigoureux, d'un tempérament sanguin, étant penché en arrière, et près de faire une chute dans cette direction, fit, pour l'éviter, un violent effort, afin de ramener le poids du corps en avant; il ressentit aussitôt une forte douleur dans la région dorsale, avec un sentiment de craquement dans la même partie. Le lendemain, la douleur était moindre, et il put, sans beaucoup souffrir, se livrer à ses travaux agricoles. Ce fut à trois ou quatre mois de cette époque que la douleur augmenta, qu'elle l'empêcha de travailler, et l'obligea de réclamer du secours. Le malade se plaignait alors, au dos, de douleurs fortes, continuelles et fixes, qui s'accroissaient quand il se courbait et lorsqu'il voulait se redresser. Il me dit aussi qu'avant la chute qu'il avait failli faire en arrière il avait ressenti des douleurs rhumatismales dans la même région, mais qu'elles n'avaient eu qu'une courte durée, et qu'il pensait que c'étaient elles qui le tenaient maintenant. L'appétit, l'embonpoint se soutenaient; la démarche était droite et ferme, le visage coloré; la santé, en un mot, ne paraissait nullement être encore altérée. J'examinai la colonne vertébrale, et je trouvai que la douleur avait son siége fixe aux septième et huitième vertèbres dorsales. Dans cet endroit, les tissus offraient un peu plus de résistance qu'ailleurs; ils étaient légèrement gonflés, sans tuméfaction sensible des vertèbres, et l'on augmentait considérablement la douleur lorsqu'on les comprimait en enfonçant les doigts. Je soupçonnai une carie des vertèbres, et je proposai au malade de lui appliquer deux moxas ou deux cautères sur cette région; il s'y refusa, et se contenta, pour tâcher d'apaiser ses douleurs, d'employer tous les remèdes que lui conseillèrent et des charlatans et des personnes entièrement étrangères à la médecine.

Après deux mois d'une médication absurde et dangereuse, il me fit appeler. Un changement notable s'était fait dans la santé de cet

homme : il était amaigri ; il marchait un peu courbé, plaçant un de ses avant-bras sur la région lombaire pour la soutenir, disait-il ; il ne pouvait se redresser complètement, faire aucune course un peu longue, et encore moins se livrer aux occupations champêtres. Les douleurs devenaient plus aiguës, et le coucher sur le dos impossible. Il me dit qu'il devenait bossu. J'examinai le rachis, et je reconnus en effet une saillie des apophyses épineuses des septième et huitième vertèbres dorsales; les tissus étaient très-peu tuméfiés, mais la pression était plus douloureuse que lorsque je l'exerçai pour la première fois. Je conseillai de nouveau des moxas, le malade y consentit, et au lieu de deux j'en appliquai quatre.

La maladie étant parfaitement connue, je m'attendais, si les moxas n'arrêtaient les progrès de cette carie vertébrale, ce qui n'était pas présumable, à voir paraître un abcès par congestion dans une des régions du bassin. En effet, vingt-cinq jours après l'application des exutoires, il se manifesta dans l'aine droite, et sans douleur préalable, une petite tumeur indolente, peu élevée, à base large, de la grosseur d'une forte aveline, fluctuante dans tous ses points, un peu élastique, disparaissant par la pression : on aurait pu croire à une hernie, si d'autres symptômes n'eussent existé. Le malade étant couché sur le dos, ce qui lui était très-difficile et très-douloureux, on sentait alors de la fluctuation et de l'ondulation, quand on comprimait alternativement au-dessus et au-dessous du ligament de *Fallope*. La tumeur devint bien plus manifeste quelques jours après : la peau n'était pas enflammée, mais l'amaigrissement général et le volume de l'abcès allaient croissant de jour en jour; les tégumens s'amincirent, rougirent et menacèrent de se désorganiser dans une grande étendue de la tumeur, qui était alors du volume d'un œuf de poule. Espérant conserver encore quelques jours d'existence à ce malheureux voué à une mort inévitable, je fis, avec un bistouri très-étroit, la ponction de cet abcès, dont il sortit une quantité considérable d'un pus peu consistant, séreux, mal élaboré, inodore, et contenant des flocons albumineux. Dès ce jour, malgré les pansemens méthodiques

et l'étroitesse de l'ouverture, la mort marcha rapidement : l'amaigrissement augmenta d'une manière effrayante; le visage devint pâle, défait; les yeux, les joues s'enfoncèrent; la progression fut très-difficile. Le malade était fortement courbé en avant, et ne pouvait nullement se redresser. Lorsqu'il était levé et qu'il voulait marcher, il était obligé de s'aider d'un bâton d'une main, et d'appuyer l'autre sur la cuisse du même côté, ou sur les meubles de son appartement, ou sur une personne, et il se rendait ainsi, en traînant les jambes, de son lit à son fauteuil, *et vice versâ*. Le pus qui s'écoulait chaque jour par le trajet fistuleux était en grande quantité et très-odorant. L'appétit se perdit, le dégoût même s'en mêla, et une diarrhée colliquative vint mettre fin à cette scène de souffrance.

§ II. *Bubons.*

Les anciens médecins réservaient ce nom aux seuls engorgemens glandulaires de l'aine; mais les médecins modernes l'ont étendu à tous les engorgemens des glandes lymphatiques, quelque lieu qu'elles occupent. Les bubons que l'on observe dans l'aine sont de plusieurs espèces; les uns sont *idiopathiques*, les autres *sympathiques*, et d'autres enfin sont *symptomatiques*.

Ces bubons sont aigus ou chroniques, et peuvent avoir leur siége dans les ganglions lymphatiques superficiels ou profonds.

Lorsque les bubons *idiopathiques* affectent l'état aigu, le malade ressent d'abord une douleur profonde, des tiraillemens et de la gêne dans l'aine; la marche est difficile, douloureuse; le mouvement de flexion de la cuisse est pénible, et quelquefois même impossible : on trouve alors dans l'espace inguinal une tumeur circonscrite, très-douloureuse au toucher, et le tissu cellulaire environnant est plus ou moins tuméfié. Si ce bubon doit se terminer par suppuration, la rougeur, la tuméfaction, la chaleur et la douleur augmentent et changent de caractère; la peau s'amincit, le centre devient mou, fluctuant, pointu, perce, et donne issue à du pus. On observe ici

tous les symptômes d'un abcès chaud idiopathique. Lorsque la maladie tire à sa fin, l'on trouve encore quelques portions de glandes qui sont restées gonflées, dures, et qui ne sont pas entièrement revenues à leur état naturel.

Quand ces tumeurs se montrent à l'état chronique, on remarque dans l'aine une ou plusieurs petites tumeurs mobiles, roulant sous les doigts ou fixées au tissu cellulaire, circonscrites, arrondies, oblongues, indolentes ou très-peu douloureuses au toucher, peu saillantes à la peau, dont la couleur n'est nullement changée : cette affection, très-longue à se dissiper, vient rarement à suppuration.

J'ai connu à La Rochelle un capitaine au long cours arrivant de Marseille, où il fut atteint d'une semblable maladie, à la suite de la grande activité qu'il mit à préparer le chargement de son navire. Avant de lever l'ancre, et inquiet sur la nature de cette tumeur, bien certain cependant que ce n'était pas une affection vénérienne, il vit un médecin, qui trouva dans l'aine, et située profondément, une seule tumeur peu volumineuse, rénitente, peu douloureuse à la pression, environnée d'un tissu cellulaire adipeux considérable, auquel elle était fortement unie. C'est d'après ce que lui dit le malade qu'il crut reconnaître une hernie épiploïque crurale, et qu'il lui appliqua, sans plus d'examen et sans chercher à la faire rentrer, un bandage herniaire. Ce capitaine mit à la voile le soir du même jour. Le bandage le gênait; il ressentait déjà quelques douleurs; la nuit fut agitée et sans sommeil. Le lendemain les douleurs étaient augmentées, et la fièvre s'alluma. Attribuant tous ces symptômes à la compression du bandage, qu'il sentait lui être très-douloureuse, il se décida à l'ôter. La glande était plus volumineuse et très-sensible à la pression; les tégumens étaient un peu rougis. La nuit suivante fut plus calme et le malade dormit. Le lendemain, troisième jour de l'application du bandage, les douleurs étaient presque nulles; la fièvre disparut, et la glande revint peu à peu à sa grosseur primitive. Cependant quelques autres s'engorgèrent. Après trois mois et demi de traversée, ce capitaine arriva portant dans l'aine quatre petites glandes peu mobiles

et du volume d'une très-petite noix. Il resta deux mois à terre, se donna beaucoup d'exercice, sans que les glandes changeassent de volume. Au bout de ce temps, il arma pour l'Amérique du Nord. Je le vis à son départ, et les glandes offraient le même aspect qu'à son arrivée de Marseille.

Les *bubons sympathiques* de l'aine sont presque toujours la suite d'une maladie préexistante ou non guérie des organes génitaux ou d'autres parties plus ou moins éloignées. Toutes les causes d'irritation peuvent donner lieu à l'apparition de ces bubons; aussi le médecin, pour asseoir un diagnostic sûr et exempt d'erreur, devra-t-il avoir égard à toutes ces causes d'irritation si nombreuses et si variées. Tel est le bubon dont parle M. le professeur *Richerand*, et dont il fit l'ablation en amputant un pénis carcinomateux. Tels sont encore ceux dont *Swédiaur* fut attaqué, et dont il fait mention dans son Traité des maladies vénériennes.

Bubons symptomatiques. Ils constituent à eux seuls une maladie, ou ils en sont un des principaux symptômes.

Les *bubons scrophuleux* ne se rencontrent jamais seuls; ils existent toujours avec quelques autres symptômes de la maladie scrophuleuse; aussi est-ce en prenant ceux-ci en considération que le médecin pourra distinguer ces tumeurs de celles qui se présentent ordinairement dans l'aine. Leurs principaux traits sont, à leur apparition, d'être indolentes, arrondies, molles d'abord et ensuite rénitentes, dures et roulant sous les doigts, adhérant au tissu environnant. Quelquefois il n'y a qu'un ganglion lymphatique de malade; d'autres fois, et surtout quand la maladie est ancienne, il y en a plusieurs, qui bientôt se réunissent ensemble, et forment alors des tumeurs considérables, mamelonnées, arrondies, fixes à leur base. Lorsqu'elles tendent à la suppuration, elles deviennent douloureuses au toucher; des élancemens s'y font sentir; la peau s'enflamme, rougit et prend une couleur violette. La maladie marche lentement; la fluctuation se fait attendre; mais enfin, après un temps plus ou moins long, elle est

sensible; la peau se perce et donne issue à un pus séreux contenant des flocons albumineux. Il s'établit alors un ulcère scrophuleux qui quelquefois a été confondu avec une ulcération vénérienne. Le médecin devra, pour s'éclairer, recourir à tous les antécédens de la maladie pour éviter cette méprise. Ces bubons se rapprochent beaucoup des abcès froids idiopathiques, et l'on pourrait les prendre pour eux, s'ils n'étaient précédés ou accompagnés des symptômes généraux de la maladie scrophuleuse, qui éclairent sur leur véritable nature et empêchent que le médecin ne porte un faux diagnostic.

Bubons vénériens. Ces bubons sont tantôt primitifs, tantôt consécutifs; tantôt ils s'offrent à l'état aigu, tantôt ils se montrent à l'état chronique. Dans tous les cas, les circonstances commémoratives servent à établir ou à confirmer le diagnostic du médecin. Ainsi, quand à la suite d'un coït suspect, qui a eu lieu cinq ou six jours auparavant, un individu éprouve dans l'aine un sentiment de gêne et de tension un peu douloureuse, et qu'en examinant cette région on y trouve une tumeur oblongue, oblique, suivant la direction de l'arcade crurale, douloureuse à la pression, plus ou moins volumineuse, dure, adhérente, dont la peau s'enflamme et dont les douleurs soient pulsatives, gênant la marche de l'individu au point de l'obliger à marcher courbé en avant, nul doute que la tumeur ne soit vénérienne.

Quand le bubon est consécutif, il se présente après l'apparition d'une gonorrhée ou tantôt avec des chancres vénériens. L'aspect sous lequel il apparaît est le même que celui d'un bubon primitif. Les antécédens, les circonstances commémoratives ne sont jamais plus utiles que lorsqu'il s'agit d'un bubon constitutionnel, c'est-à-dire survenu à la suite d'une infection ancienne et constitutionnelle ou consécutive.

§ III. *Varices.*

Elles se présentent sous l'aspect de tumeurs plus ou moins volumineuses, se développant ordinairement avec lenteur et progressivement par la dilatation des parois des veines, indolentes, molles, élastiques, fluctuantes dans tous leurs points, noueuses, bosselées, flexueuses, bleuâtres, sans inflammation aux tégumens; offrant des mouvemens de soulèvement quand elles passent au-dessus ou près des vaisseaux artériels assez forts pour leur imprimer cette action d'élévation; disparaissant, lorsqu'elles sont récentes, par le repos et la position horizontale du membre; reparaissant aussitôt que le malade marche ou qu'il se tient verticalement; augmentant de volume lorsque l'on exerce de la pression au-dessus de la tumeur, et diminuant, au contraire, lorsqu'on en exerce au-dessous. Quelquefois, et surtout quand les varices sont anciennes et volumineuses, le malade éprouve de violentes douleurs accompagnées de pesanteur et d'engourdissement dans le membre, qui devient œdémateux.

Les parois des veines sont aussi quelquefois plus épaisses; elles sont comme fibro-cartilagineuses. Dans quelques cas, dit *Hogdson*, le sac variqueux étant ouvert, on trouve ses parois revêtues de couches fibreuses déposées par le sang et qui lui sont fortement adhérentes. Les veines superficielles, et principalement celles des membres inférieurs, sont plus sujettes que toutes les autres veines du corps à devenir variqueuses. J'ai vu la saphène interne variqueuse depuis le bord interne du pied jusqu'au-dessus de la partie moyenne de la cuisse. Le médecin, pour établir ou confirmer son diagnostic sur ces tumeurs, aura égard à toutes les circonstances commémoratives: ainsi il prendra en considération l'habitation, la profession, l'âge, le genre de vie et l'état de forces du malade.

§ IV. *Anévrysmes.*

Ces tumeurs, les plus dangereuses des vaisseaux sanguins, sont formées par les parois, soit dilatées, soit ouvertes, des artères. Elles ont été souvent méconnues et prises pour des abcès ou d'autres tumeurs, d'où il est résulté des accidens très-graves pour les malades. Le praticien devra donc redoubler d'attention pour diagnostiquer juste. L'anévrysme offre des différences bien marquées, suivant qu'il est récent ou ancien. Il est indispensable de bien saisir les symptômes de ces deux degrés de la maladie pour qu'elle soit parfaitement caractérisée, et afin d'éviter par là de compromettre les jours du malade.

Les anévrysmes ont été divisés en anévrysmes spontanés et en anévrysmes traumatiques. Les erreurs de diagnostic ne peuvent avoir lieu que pour l'anévrysme ancien et volumineux. L'anévrysme commençant se manifeste par une petite tumeur circonscrite, oblongue ou arrondie, molle, sans douleur, se développant lentement et par degrés, fluctuante dans toute son étendue, élastique, placée sur le trajet d'une artère, disparaissant par la compression exercée sur elle ou au-dessus d'elle, et reparaissant aussitôt qu'on la cesse sur l'un et l'autre point; pulsative, se dilatant à chaque pulsation, qui est parfaitement en rapport avec celle du pouls. Ces battemens sont suspendus lorsque l'on comprime l'artère au-dessus de la tumeur; mais ils deviennent plus marqués et la tumeur plus volumineuse, lorsque l'on comprime l'artère au-dessous d'elle; la peau ne présente aucune altération. A ce premier degré de la maladie, il semble qu'il soit impossible de se méprendre sur la nature d'une tumeur offrant cette série de symptômes pathognomoniques; mais quand la maladie est ancienne et volumineuse, le diagnostic est plus difficile, et la difficulté a quelquefois été telle qu'on a vu les plus célèbres praticiens commettre les méprises les plus graves.

La tumeur anévrysmale, après être restée pour ainsi dire stationnaire pendant un temps plus ou moins long, acquiert tout à coup, à

la suite d'un effort ou d'une cause non appréciable, un volume considérable par la rupture des membranes interne et moyenne. Le sang, par son accumulation, dilatant facilement la membrane celluleuse, forme une tumeur volumineuse qui bientôt, en vieillissant, n'offre plus les symptômes pathognomoniques d'un anévrysme. La compression de la tumeur même, ou exercée au-dessus d'elle, ne la fait plus disparaître; les battemens sont de moins en moins appréciables à son pourtour; la pression de l'artère au-dessus de la tumeur les suspend complètement; le centre seul, lorsque la compression est cessée, les manifeste, et quelquefois même on n'y perçoit qu'un faible frémissement. La circonférence est alors dure, plus ou moins résistante, inégale; la partie moyenne seule est encore molle, pulsative. Si la tumeur est très-ancienne et très-volumineuse, son centre alors ne donne plus aucun battement; les tégumens s'amincissent, se distendent, finissent même par s'enflammer; la tumeur devient douloureuse, le membre œdémateux, douloureux, et des varices plus ou moins nombreuses peuvent s'y montrer. « Dans ce degré de l'anévrysme, dit « M. le professeur *Boyer*, ce n'est que par un examen très-attentif « des circonstances qui ont précédé l'état actuel de la maladie, qu'on « peut acquérir des données suffisantes sur son véritable caractère... « Mais dans la plupart des cas d'anévrysme parvenu au degré dont il « s'agit, il est rare qu'on puisse tirer des malades des renseignemens « suffisans pour qu'il ne reste aucun doute sur la nature de la maladie; la difficulté du diagnostic est plus grande encore lorsque la « tumeur ne présente aucun des caractères de l'anévrysme, et qu'elle « se montre sous la forme d'un abcès. » Le médecin sera donc circonspect et prudent sur le traitement de ces tumeurs douteuses; il devra attendre, plutôt que d'exposer par une opération malheureuse et inconsidérée les jours du malade confié à ses soins.

Lorsqu'un anévrysme vient à se former à la suite d'une blessure, il est dit *faux;* il peut être *primitif*, *diffus* ou *non circonscrit*, ou bien *consécutif*, *circonscrit* ou *sacciforme*, suivant que l'épanchement s'est fait immédiatement après la blessure, ou qu'il se montre plus ou

moins long-temps après qu'elle a eu lieu. Dans l'un et l'autre cas, le diagnostic de semblables tumeurs est facile à asseoir. La situation de la blessure, sa direction et les circonstances qui l'auront accompagnée, confirmeront le diagnostic du médecin. La formation de l'anévrysme faux primitif est due au défaut de parallélisme des ouvertures de la peau et de l'artère ; le sang s'infiltre alors dans le tissu cellulaire du membre, dans une étendue plus ou moins grande, mais toujours dans la direction du vaisseau blessé.

L'anévrysme faux consécutif se développe également à la suite d'une légère blessure d'une artère et des tégumens; mais la plaie de ceux-ci se cicatrise, et celle du vaisseau artériel se trouve bouchée momentanément par un petit caillot, qui est chassé, par l'effet latéral du sang, après un temps plus ou moins long, de l'ouverture artérielle qu'il fermait. Le sang s'accumule alors dans la membrane celluleuse de l'artère, et forme une tumeur circonscrite qui se développe lentement et qui présente d'abord tous les symptômes d'un anévrysme vrai récent; puis, en vieillissant, ceux d'un anévrysme vrai ancien et volumineux, et de plus, les traces d'une blessure aux tégumens qui recouvrent la tumeur. Si le médecin était incertain sur la nature de la tumeur, il rassemblerait les circonstances commémoratives pour éclairer ou consolider son diagnostic.

§ V. *Tumeurs enkystées.*

Des opinions diverses ont été émises sur la formation des kystes. Des médecins les ont regardés comme formés par un liquide épanché dans les cellules du tissu cellulaire ; d'autres ont pensé qu'ils étaient dus au développemeut de membranes anormales de nouvelle formation dans nos tissus. *Béclard* dit qu'il est difficile de prononcer affirmativement entre les médecins qui regardent les kystes comme des membranes de nouvelle formation développées autour d'une substance primitivement existante, et ceux qui croient, au contraire, qu'ils préexistent aux matières qu'ils renferment. Quoi qu'il en soit de ces

opinions diverses, ces tumeurs offrent entre elles des différences bien marquées, tant sous le rapport de la forme que sous celui des matières qu'elles renferment, et qui sont tantôt de la couleur et de la consistance du miel, tantôt de celle du suif, de la graisse, ou qui enfin sont entièrement liquides, semblables à de la sérosité. Voici une observation de cette dernière variété.

Un jeune homme, âgé de trente-trois ans, ingénieur des ponts et chaussées, d'un tempérament lymphatico-sanguin, s'aperçut, pour la première fois, en mars 1829, d'une petite tumeur dans l'aine droite, sur le trajet de l'artère crurale, et au-dessous de l'arcade du même nom. Quelques jours de repos la firent diminuer. Au mois de mai suivant, elle reparut, et offrit le volume et la forme d'une amande. L'aine n'était le siége d'aucune douleur ; mais le malade ressentait parfois dans la cuisse, et lorsqu'il marchait, une douleur, une gêne subite qui le forçait à s'arrêter au milieu de sa course, et à prendre quelques instans de repos ; après quoi il continuait sans rien ressentir de nouveau.

Un jour entre autres, en parcourant les remparts intérieurs de la ville, il fut ainsi plusieurs fois arrêté subitement. Rentré chez lui, il fit appeler son médecin, qui crut à la possibilité d'un anévrysme commençant. Celui-ci, sans se prononcer affirmativement sur la nature de la tumeur, conseilla à ce jeune homme de consulter quelques médecins à La Rochelle. Il se rendit donc dans cette ville, et y consulta trois médecins, qui furent tous d'avis que la tumeur qu'il portait dans l'aine était un anévrysme. L'un d'eux lui conseilla des cataplasmes faits avec une décoction de roses de Provins, et les autres la ligature le plus tôt possible. De retour dans ses foyers, il rendit compte de ces consultes à son médecin ordinaire, qui eut d'abord la pensée de le soumettre au traitement de *Valsalva*, mais qui bientôt y renonça, et engagea le malade à aller consulter à Paris. Ce jeune homme partit donc pour la capitale. Traversant à pied le pont de Tours, il fut arrêté à trois fois par les mêmes douleurs spontanées qu'il avait ressenties en parcourant les remparts de la ville qu'il habitait. Arrivé à Paris, sans

autre accident, le 16 juin 1829, il parcourut jusqu'au 20 la capitale dans tous les sens, fit des courses fort longues, monta dans plusieurs monumens très-élevés, comme il nous l'a dit, sans éprouver de nouvelles gênes ou douleurs dans la cuisse. Il prit quelques bains qui le soulagèrent beaucoup.

Il se présenta, le 20 juin, à l'Hôtel-Dieu, et y fut examiné par M. *Breschet*, qui rejeta aussitôt l'idée d'un anévrysme. Le lendemain 21, il fut admis à cet hospice, salle Sainte-Agnès, n°. 16, et ensuite 17. M. le professeur *Dupuytren*, après un examen attentif, ne crut pas non plus à un anévrysme, et reconnut une tumeur renfermant un liquide; car la fluctuation, quoique obscure, pouvait être saisie, et, d'ailleurs la tumeur n'offrait aucun des symptômes caractéristiques d'un anévrysme récent. Ce jeune homme resta six semaines à l'Hôtel-Dieu. Pendant ce temps on le purgea; on lui fit prendre des bains; on appliqua un emplâtre de *Vigo cum mercurio* sur la tumeur, on eut même l'intention d'y faire une ponction. Au bout de ce temps, M. le professeur *Dupuytren* se prononça pour une tumeur enkystée, et proposa au malade, s'il le désirait, d'en faire l'extraction, tout en lui conseillant, eu égard au peu de volume de la tumeur, et au peu de gêne et de douleur qu'elle occasionait, de la garder; ajoutant que plus tard, si elle augmentait et devenait trop gênante, il serait toujours assez à temps de la faire enlever. Ce jeune homme suivit le conseil de M. le professeur *Dupuytren*, et revint chez lui avec sa tumeur, qui avait alors à peu près le volume d'une noix. Depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu, il ne fit aucun traitement, et aujourd'hui la tumeur a presque disparu; elle est très-petite, oblongue, très-près de l'anneau inguinal, et fortement fixée aux parois de l'artère crurale, dont il est impossible de la séparer, ou au moins de l'éloigner: il semble qu'elle fasse corps avec ce vaisseau. Le malade a remarqué qu'elle devenait plus volumineuse lorsqu'il se fatiguait, et surtout quand il s'exposait à la fraîcheur. Cette augmentation de volume de la tumeur, à cette époque, est accompagnée d'un peu de douleur et de gêne, et d'une légère claudication, mais qui ne sont que momentanées, et qui ne l'empêchent point de vaquer à ses occupations.

§ VI. *Hydrocèles du cordon testiculaire.*

Nous avons à donner ici les symptômes de deux hydrocèles entièrement différentes dans leur mode de développement. La première est l'*hydrocèle celluleuse diffuse* ou *par infiltration*, dans laquelle le liquide s'infiltre dans les cellules du tissu cellulaire du cordon spermatique. Cette infiltration peut s'étendre depuis la partie supérieure du cordon jusqu'à la partie inférieure, ou seulement depuis l'aine jusqu'à cette extrémité. Les vésicules du tissu cellulaire, qui réunit entre elles les différentes parties dont se compose le cordon spermatique, sont gonflées, et contiennent un liquide séreux, limpide, jaunâtre ou verdâtre ; la tumeur qu'elles forment est placée au devant du cordon, ayant plus ou moins d'étendue et de volume, oblongue, cylindrique, pyramidale, indolente, compressible ; on peut la faire remonter par la pression ; mais elle redescend aussitôt qu'elle n'est plus comprimée, quelque position que prenne le malade. Le testicule se distingue à la base, qui est plus large et plus étendue que la partie supérieure de la tumeur, et dont il est séparé par une ligne demi-circulaire. Le malade ressent de la pesanteur dans les lombes ; la peau de l'aine est lisse, distendue, sans aucune altération. Lorsque l'hydrocèle s'étend jusque dans le bas-ventre, son diagnostic devient plus difficile ; l'anneau est alors dilaté, et l'on peut prendre cette maladie pour une hernie épiplocèle. *Pott* avance que, quand on tente la réduction de l'hydrocèle, elle reparaît aussitôt que la compression cesse ; tandis que la hernie épiplocèle, une fois réduite, ne reparaît pas tant que le malade est couché sur le dos et qu'il demeure en repos. *Scarpa* a vu et observé le contraire, et il donne, pour caractère différentiel de ces deux affections, la plus grande résistance et la plus grande irrégularité qu'offre la hernie épiplocèle et son plus d'étendue à l'anneau ; au lieu que l'hydrocèle par infiltration est plus large inférieurement, le liquide tendant toujours vers la partie la plus déclive de la tumeur. « Le diagnostic de l'hydro-

« cèle du cordon spermatique, dit M. le professeur *Boyer*, présente « quelquefois beaucoup de difficultés. On peut la prendre pour une « varice du cordon, et surtout pour une hernie épiploïque. Dans « certains cas, sa ressemblance avec cette dernière maladie est telle, « qu'il est presque impossible de distinguer ces deux affections l'une « de l'autre : alors l'examen le plus attentif ne suffit pas toujours « pour éviter une méprise, qui du reste n'a aucune conséquence fâ- « cheuse, si, prenant la tumeur pour une hernie, l'on applique un « bandage tout autant qu'elle peut être complètement réduite, ou « si, la prenant pour une hydrocèle, l'on ne se détermine à l'ouvrir « que lorsqu'elle est purement locale. »

La seconde variété d'hydrocèle qui peut se développer dans le cordon spermatique est l'*hydrocèle enkystée*. Les enfans sont plus souvent que les adultes atteints de cette affection : « Elle est due, dit M. le doc- « teur *Murat*, au développement d'une des cellules du tissu cellulaire « qui entoure le cordon, et qui vient à perdre sa faculté absorbante. La « sérosité qu'elle sécrète s'amasse peu à peu dans sa cavité, et la dis- « tend graduellement. » Cette hydrocèle peut se développer, soit dans l'anneau, soit à l'extrémité du cordon; mais le plus souvent elle a son siége entre ces deux régions vers la partie moyenne de cet espace. Elle se présente alors sous la forme d'une tumeur indolente, oblongue, tendue, à parois minces, transparentes, sans fluctuation, plus ou moins grosse, circonscrite, ne communiquant nullement avec l'abdomen ou la tunique vaginale : le testicule est facilement reconnaissable à la partie inférieure de la tumeur, et le cordon à son entrée dans l'anneau; elle rend un léger bruit lorsqu'on la frappe; elle est rénitente, élastique, sans douleur : elle entraîne le testicule en haut lorsqu'on élève l'hydrocèle dans cette direction, et le fait descendre par son propre poids un peu plus bas qu'il ne l'est naturellement; n'augmente ni ne diminue de volume par la toux ou par la position du malade; la compression ne la fait point disparaître. Si l'on parvient à la faire passer dans l'abdomen, elle en soulève les parois et reparaît aussitôt que la pression est cessée. Des hydatides se

développant dans le tissu cellulaire du cordon peuvent induire en erreur et faire croire à une hydrocèle enkystée. Dans tous les cas, la méprise ne peut amener de graves inconvéniens, puisque dans ces deux maladies les traitemens sont à peu près les mêmes.

CHAPITRE II.

Hernie de tout genre, luxation en haut et en dedans du fémur.

§ I^er^. *Hernies.*

Parmi les tumeurs de l'aine, la hernie est une de celles que le médecin observe assez souvent. Il est rarement consulté au moment de son apparition; ce n'est que lorsqu'elle a déjà acquis un certain volume que les malades réclament les secours de l'art.

L'espace inguinal peut offrir deux espèces de hernies : l'une est la *hernie inguinale,* se faisant jour par l'anneau qui porte ce nom, et l'autre, la *hernie crurale,* sortant de l'abdomen par l'arcade du même nom.

La hernie inguinale, rare chez la femme, attaque plus spécialement l'homme, tandis que la hernie crurale est presque toujours celle qui se manifeste chez la femme. Cette aptitude, en quelque sorte élective à chaque sexe, à contracter telle ou telle espèce de hernie, est due à la disposition anatomique de l'anneau inguinal, qui est plus grand chez l'homme que chez la femme, et au rôle plus pénible, aux fonctions plus laborieuses que celui-là est appelé à remplir dans la vie sociale.

Les hernies, soit inguinale, soit crurale, peuvent être formées par presque tous les organes abdominaux; elles le sont cependant le plus souvent par les intestins, ou l'épiploon seul, ou par l'un et l'autre à la fois. Les intestins qui se déplacent le plus ordinairement sont le jéjunum et l'iléon; les autres portions du tube digestif étant ou trop volumineuses, ou par trop mobiles, ou plus éloignées des an-

neaux inguinal et crural que celles que nous avons désignées ci-dessus, font plus rarement hernies par ces ouvertures. La tumeur herniaire est formée quelquefois par une anse entière d'intestin, d'autres fois seulement par une portion de sa circonférence ; ou bien encore elle peut l'être par les appendices digitales du jéjunum et de l'iléon.

Hernie inguinale entérocèle, ou formée seulement par l'intestin. Lorsqu'elle ne dépasse pas l'aine, elle prend le nom de *bubonocèle*, qui est distingué en *externe* ou *oblique*, et en *interne* ou *direct*, suivant que l'intestin a parcouru ou non toute l'étendue du canal inguinal. Lorsque le bubonocèle est externe et récent, il se montre à la suite d'un effort plus ou moins grand, d'un amaigrissement considérable qui a succédé à un énorme embonpoint ; il peut même être déterminé par des causes non appréciables. Si l'intestin est gonflé par des gaz, le bubonocèle se montre sous l'apparence d'une tumeur placée au-dessus et à la partie externe du pubis, au devant du cordon spermatique, indolore, molle, élastique, globuleuse, plus ou moins volumineuse. Si les matières que contient la tumeur sont liquides ou solides, elle est pâteuse, dure, rénitente, circonscrite, facilement réductible, disparaît quand le malade se couche sur le dos, et reparaît aussitôt qu'il se tient verticalement ou qu'il fait quelque effort. Si le décubitus sur le dos ne la fait point disparaître, la pression la fait rentrer facilement et promptement. La peau qui recouvre cette tumeur herniaire est mobile et ne change point de couleur ; la toux, l'éternuement, le moindre effort dans lequel les muscles de l'abdomen et le diaphragme sont simultanément et violemment contractés, la font augmenter de volume, ou sortir si elle est rentrée. Quand on en opère la réduction, on sent l'intestin s'échapper de dessous les doigts en faisant entendre un bruit appelé *gargouillement*. C'est alors, la réduction étant faite, qu'on reconnaît facilement l'ouverture par laquelle l'intestin est sorti du ventre : si dans ce moment le médecin, ayant les doigts appuyés sur l'anneau, fait tousser ou éternuer le malade, il sent les organes

abdominaux les frapper et chercher de nouveau à s'échapper de l'abdomen.

Quand la hernie est ancienne et volumineuse, elle ne peut être réduite qu'avec difficulté, quelquefois point du tout, ou seulement en partie. Si elle s'étend jusqu'à l'insertion des vaisseaux spermatiques au testicule, elle prend alors le nom de *scrotale*. La peau qui la recouvre est énormément distendue; le pénis semble avoir disparu au milieu de cette distension considérable des tégumens. Si la hernie est une entérocèle interne, et si elle est récente, on peut la distinguer de l'entérocèle externe. Ses symptômes sont alors une tuméfaction arrondie, placée au côté interne des vaisseaux spermatiques, et ne donnant aucun gargouillement par la réduction. Mais si elle est ancienne et volumineuse, il est impossible de faire cette distinction, dit M. le professeur *Boyer*.

Lorsqu'on examine une hernie entéro-bubonocèle récente chez une femme, elle offre les mêmes symptômes que chez l'homme. Quand elle est ancienne et volumineuse, elle peut s'étendre jusqu'à la grande lèvre correspondante, et la distendre plus ou moins; du reste, elle présente tous les caractères que nous avons énoncés plus haut. Je connais une petite fille âgée de six ans, chez laquelle il s'est formé une hernie inguinale entérocèle droite à la suite d'une toux violente et continue. L'anneau inguinal est considérablement relâché, et la grande lèvre correspondante est fortement distendue par l'intestin. Il suffit de la plus légère pression pour la faire disparaître.

La hernie inguinale que l'on rencontre chez les enfans peu de temps après leur naissance, ou chez un adulte chez lequel la cavité abdominale communique encore avec celle de la tunique vaginale, est connue sous le nom de *congéniale*. L'intestin seul chez les enfans la forme : l'épiploon, étant peu développé à cette époque de notre existence, se trouve logé dans la tunique vaginale et en contact immédiat avec le testicule. La hernie acquiert très-promptement un volume considérable; elle s'étend jusqu'au fond du scrotum, et le testicule est refoulé en arrière et en haut.

Épiplocèle inguinale. Cette hernie, formée par l'épiploon seul, est en général moins volumineuse que l'entérocèle et l'entéro-épiplocèle. Elle se présente sous les traits d'une tumeur oblongue, pâteuse, rénitente, bosselée, difficilement réductible, ne rentrant dans l'abdomen que peu à peu et non en bloc, ne faisant point entendre de gargouillement lorsqu'on la réduit, et reparaissant aussitôt que la compression cesse. Ce sont là ses symptômes caractéristiques ; elle offre d'ailleurs la plupart de ceux communs aux hernies.

Entéro-épiplocèle. Cette tumeur herniaire, comme on le voit par son nom, est formée à la fois et par l'intestin et par l'épiploon ; aussi offre-t-elle réunis les symptômes de ces deux espèces de hernies. Une portion, l'intestinale, est donc molle, arrondie, élastique, rentrant facilement dans l'abdomen, soit par le coucher sur le dos, soit par la pression, et en faisant entendre du gargouillement. L'autre portion de la hernie, formée par l'épiploon, est pâteuse, inégale, rénitente, ne se réduisant que peu à peu et sans bruit, et reparaissant dès qu'on cesse de la comprimer. Cette hernie offre le plus souvent un volume plus considérable que la hernie épiplocèle.

Il arrive rarement, il est vrai, que quelquefois l'organe formant hernie reste engagé dans le canal inguinal, pendant un temps plus ou moins long, avant de franchir l'anneau inguinal externe. M. le professeur *Boyer* lui donne le nom de *hernie intra-inguinale.* On remarque alors dans l'aine une tumeur peu volumineuse, oblongue, cylindrique, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, présentant ensuite plusieurs des symptômes pathognomoniques des bubonocèles et des épiplocèles, selon qu'elle est formée par l'intestin ou par l'épiploon.

Hernie crurale. Cette hernie, très-rare, comme nous l'avons dit, chez l'homme, est très-fréquente chez la femme, dont le bassin et l'arcade crurale ont plus d'étendue, et surtout chez celles qui ont eu plusieurs enfans. Rarement elle est formée par l'épiploon seul ; le plus souvent elle est entérocèle, et quelquefois elle est faite par l'intestin et

l'épiploon. Elle est placée profondément dans le pli de la cuisse, au-dessous du ligament de *Fallope*, à sa partie antérieure et plus en dehors que la hernie inguinale, se dirigeant dans ce sens, parce que les tissus y sont moins intimement unis, et que le tissu cellulaire y est plus lâche et plus abondant : elle est ordinairement plus large transversalement que de haut en bas, au devant des vaisseaux et des nerfs cruraux dans le canal crural ; elle se montre volumineuse, globuleuse dès son apparition, augmentant de volume, et donnant une pulsation toutes les fois que le malade éternue ou fait un effort. Après sa réduction, on ne peut sentir avec les doigts l'ouverture par laquelle les organes ont fait hernie. Elle est en général moins volumineuse que les hernies inguinales : les mouvemens de flexion de la cuisse, la résistance des aponévroses, l'étroitesse du canal, son peu d'extensibilité, sont les causes qui empêchent son développement. Lorsque la maladie est ancienne et volumineuse, le membre inférieur est œdémateux, douloureux, et les veines peuvent être variqueuses. Le canal crural, pouvant, comme l'inguinal, donner passage à l'intestin ou à l'épiploon seuls, ou à l'un et à l'autre à la fois, peut donc offrir les mêmes variétés de hernies, et chacune d'elles a pour type caractéristique les mêmes symptômes que ceux appartenant aux hernies inguinales. La grande profondeur à laquelle elles se manifestent jette quelquefois du doute et de l'incertitude sur leur diagnostic, surtout sur celui de la hernie crurale épiplocèle, qui a été confondue avec des bubons ou autres maladies de la région inguinale. Le médecin devra, dans ce cas, porter toute son attention sur la manière dont la tumeur s'est formée, pour tâcher d'éviter un faux diagnostic. « Une épiplo-
« cèle crurale enflammée et suppurée, dit M. le professeur *Boyer*,
« sans que le malade éprouve les accidens qui accompagnent d'ordi-
« naire l'étranglement, ressemble tellement à un bubon parvenu à
« maturité, qu'il est presque impossible de distinguer ces deux ma-
« ladies l'une de l'autre. »

Cystocèle. La vessie peut aussi former hernie par l'anneau ingui-

nal ou l'anneau crural. Cette maladie se rencontre le plus souvent chez les vieillards sujets aux rétentions d'urine. Elle est beaucoup moins commune chez les enfans, les adultes et les femmes. La cystocèle est presque toujours la suite d'une distension considérable du réservoir urinaire, ou bien d'une hernie épiplocèle ou entérocèle volumineuse. Jamais, dans l'un ou l'autre cas, elle n'a de sac herniaire. Dans la dernière de ces circonstances, c'est le sommet de la vessie qui s'engage le premier dans les anneaux inguinal ou crural; tandis que dans la première c'est la face antérieure de l'organe qui d'abord fait hernie. Souvent cette hernie a été méconnue par des praticiens et reconnue par d'autres. *Verdier* en rapporte plusieurs exemples dans son Mémoire sur la hernie de la vessie, inséré parmi ceux de l'Académie de chirurgie.

Cette hernie s'observe plus souvent chez l'homme que chez la femme, et plus souvent aussi par l'anneau inguinal que par l'anneau crural; elle se fait ordinairement par l'anneau correspondant au côté sur lequel le malade se couche habituellement. Les symptômes, quand la maladie ne dépasse pas l'aine, sont une tumeur indolente, sans changement de couleur à la peau, oblongue, disparaissant soit par le coucher sur le dos, soit par la compression, ou bien lorsque le malade urine. Quand la maladie est ancienne et volumineuse, elle s'étend quelquefois jusqu'au scrotum; la portion de la vessie passée par l'anneau se rétrécit, forme un collet, et la partie qui est au-dessous se développe plus ou moins, ce qui donne à la hernie une forme de calebasse. Lorsqu'on la comprime, on la trouve dure, résistante, fluctuante, et on fait naître le besoin d'uriner. Ce besoin satisfait, la tumeur est petite, molle et a presque disparu, pour reparaître de nouveau et augmenter de volume au fur et à mesure que la sécrétion urinaire se fait. Quand la tumeur herniaire se prolonge beaucoup dans le scrotum, les malades sont obligés de la soulever pour déterminer l'évacuation du liquide qu'elle contient. Les cystocèles inguinale et crurale présentent chez la femme les mêmes symptômes que chez l'homme.

§ II. *Luxation en haut et en dedans du fémur.*

Si dans un violent mouvement, la cuisse est portée en arrière et en dehors, et le bassin en avant, le fémur peut alors se luxer en dedans et en haut. On reconnaît cette luxation à une tumeur dure, arrondie, placée dans le pli de l'aine, sur la portion horizontale du pubis, à un raccourcissement de la cuisse, à la rotation en dehors du genou et de la pointe du pied, à l'élévation plus grande et à la position plus interne que dans l'état naturel du grand-trochanter; le pli qui sépare la fesse de la cuisse est plus haut et moins prononcé que lorsqu'il n'y a pas de luxation; la cuisse est tendue, elle ne peut être fléchie, et la rotation en dedans est impossible; tout genre de mouvement est nul et très-douloureux; les vaisseaux et les nerfs cruraux sont en dedans de la tumeur; les muscles psoas et iliaques réunis sont soulevés par la tête du fémur, placée sous eux; le ligament rond est rompu en totalité ou seulement à sa partie postérieure, et la capsule articulaire est ouverte en haut et en avant; les muscles fessiers, pyramidal, jumeaux, carré, obturateurs, sont allongés et tendus. Cette espèce de luxation se présente rarement.

CHAPITRE III.

Testicules engagés dans l'anneau inguinal.

Ces organes descendent ordinairement dans le scrotum vers la fin de la vie fétale; d'autres fois ce n'est que plus ou moins long-temps après la naissance de l'enfant. Je les ai vus, chez deux enfans, ne descendre qu'à l'âge de cinq ans dans cette cavité. Dans ce cas, quand ils descendent tardivement, ils ont été quelquefois pris pour une hernie inguinale, ont été réduits et maintenus comme tels par un bandage herniaire. Il est aussi arrivé qu'ils sont restés cachés dans l'abdomen jusqu'après l'âge de puberté, et qu'à la suite d'un effort

ou de causes non connues ils se sont engagés dans l'anneau inguinal. On reconnaîtra donc, chez un enfant ou chez un adulte, qu'une tumeur inguinale est formée par le testicule, toutes les fois que celui-ci est absent du scrotum, que la tumeur est globuleuse, ovalaire, rénitente, très-sensible à la moindre pression exercée par les doigts ou les vêtemens, se gonflant et devenant douloureuse par des marches forcées et prolongées. Une semblable tumeur venant à paraître chez un enfant, le médecin ne pourra pas être embarrassé sur son diagnostic, et évitera de la prendre pour une hernie, d'en opérer la réduction et de la maintenir par un brayer. Si elle se rencontre chez un adulte, et qu'elle soit ou non acompagnée de hernie, le médecin devra tâcher de la réduire et de la maintenir dans cet état par un bandage herniaire, parce que dans ce cas le volume du testicule n'est plus en rapport avec la largeur du canal inguinal. Le testicule restant dans l'aine serait une véritable infirmité, qui empêcherait le sujet qui en serait atteint de se livrer à une vie active.

Je connais un jeune homme, âgé de vingt-deux ans, chez qui le testicule droit était resté dans l'abdomen jusqu'à l'âge de quinze ans. A cette époque, sans cause bien connue, il s'engagea dans le canal inguinal et y demeura fixé par les adhérences qu'il contracta. La tumeur augmenta de volume à la puberté, qui se développa tard chez ce sujet, et l'organe, comprimé de toutes parts, lui fit éprouver des douleurs très-aiguës. On essaya alors de réduire l'organe; mais il fut impossible d'y parvenir, et le malade le garda ainsi dans l'aine. Il en souffre maintenant peu ou point. Il m'a assuré qu'aux temps humides la tumeur semblait prendre plus d'extension, que les douleurs devenaient alors plus fortes et la progression plus douloureuse; s'il marche ou s'il danse trop long-temps, la tumeur devient sensible au point de le forcer au repos.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* LORRY).

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps; experimentum periculosum, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere promptum ad ea quæ decent facienda, sed et ægrum, et præsentes, et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid.*, *aph.* 8.

III.

In acutis affectionibus rarò, et in principiis, purgante utendum, atque hoc diligenti priùs adhibitâ circumspectione faciendum. *Ibid.*, *aph.* 24.

IV.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

V.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. *Sect.* 8, *aph.* 6.